

湿润烧伤膏治疗深Ⅱ度烧伤的临床研究

肖新民

湿润烧伤膏是卫生部面向农村和基层“十年百项成果推广计划”中烧伤湿性医疗技术的主要药品,治疗效果显著。笔者 1988 年 12 月~1996 年 1 月采用湿润烧伤膏治疗深Ⅱ度烧伤 815 例,现就其临床研究结果及改进方法报告如下。

临床资料

选择 1988 年 12 月~1996 年 1 月 我院烧伤科部分资料较为完整的住院患者共计 815 例。本组烧伤面积以中国九分法计算,严重程度分类参照文献^[1],烧伤深度仍采用三度四分法。815 例中男 549 例,女 266 例,年龄 5~78 岁,平均 29.3 岁。致伤原因主要为热液烫伤和各种火燃烧伤,其他为化学烧伤。烧伤面积 10%~98%,平均 45.1%,烧伤总面积>50% 95 例,815 例均为深Ⅱ度烧伤,重度烧伤 201 例。

治疗方法

1 基本方法 常规清创后(休克者应延迟清创)立即外涂湿润烧伤膏(北京光明中医烧伤研究所研制生产,药品有效成分为β-谷甾醇,剂型为框架软膏型,每支 40g),涂药厚度约 1mm,每 4~6h 更换涂用 1 次,每隔 12h 清洁创面液化物或分泌物。无论新鲜非新鲜创面均不强调无菌操作。轻中度烧伤一般治疗 1 个疗程(20~25 天)治愈,重度烧伤一般需要治疗 35~40 天。

2 改进方法 四肢创面或难以合作的小儿患者,清创后使用自制的碘伏/湿润烧伤膏纱布包扎创面,每隔 48h 更换敷料 1 次,7~10 天后改行暴露或半暴露,直至愈合。有痂创面早期采用四不薄层削痂法^[2]处理,即削痂时不需麻醉、不疼痛、不出血、不损伤健康组织。此法可在手术室或床边重复进行,不强调一次性削痂彻底,但应争取在 10 天内将创面坏死痂皮清除干净,术后用碘伏/湿润烧伤膏纱布厚层包扎,适时换药至愈合。已经发生感染的创面用碘伏溶液严格清创后用抗生素纱布或 1%磺胺嘧啶银冷霜短程湿敷或包扎 24~48h 后,继续用前述方法治疗。大面积严重烧伤在使用湿润烧伤膏治疗的同时强调“三抗一维护”的治

疗原则,即抗休克、抗再灌注损伤、抗感染和整体器官功能维护,以预防严重并发症的发生。轻中度烧伤治疗 30 天无愈合趋向的肉芽创面应配合手术植皮。

3 观察指标 近期观察治愈率、病死率、并发症及创面情况。创面情况包括:(1)创面感染:有下列表现者应视为感染,创周水肿并有蜂窝组织炎改变,创面有脓性分泌物;创面颜色灰暗或出现点状坏死灶;创面每克送检活组织细菌数 $>10^5$ 。(2)创面加深:创面形成硬痂和局灶性坏死斑,创面久不液化等均应考虑加深。(3)创面植皮:治疗后深Ⅱ度创面多在 3~4 个星期愈合,无需植皮。需植皮的创面常提示有感染,加深或削痂过深形成肉芽创面。远期疗效根据随访 6 个月资料观察下列指标:有无瘢痕挛缩影响功能,愈后瘢痕是否需要行整形和功能重建手术。

结 果

1 治愈疗效标准 参照中华人民共和国卫生部编写的《病种质量控制标准(试行草案)》^[3]。

2 治愈率、病死率 815 例中 800 例治愈,治愈率 98.2%,15 例死亡,病死率 1.8%,烧伤总面积>50% 95 例,其中死亡 12 例,治愈率 87.4%。死亡病例中,5 例直接因伤情过重,复苏延迟致死,7 例死于重度吸入性损伤和内脏并发症,3 例死于严重感染。

3 并发症 发生并发症 131 例(16.1%),其中内脏并发症 81 例,占并发症发生率的 61.8%,感染性并发症 50 例,占 38.2%,兼有上述 2 种并发症者 18 例,占 13.7%。

4 创面情况 轻中度烧伤创面平均愈合天数 25 ± 3 天,重度以上烧伤创面平均愈合天数 35 ± 5 天。创面由深Ⅱ度向Ⅲ度加深 158 例,发生率 19.4%,143 例需手术植皮,植皮率 17.5%,68 例发生感染,感染率 8.3%。135 例随访 6 个月统计发生瘢痕愈合 25 例,发生率 18.5%,其中影响功能需手术整形者 18 例。

讨 论

湿润烧伤膏是一种低溶点的中药单软膏制剂,主要成分是黄柏内酯和β-谷甾醇,基质是蜂蜡、麻油等。在体温温化的作用下,通过基质由膏态变成液态的动态变化和主药渗透、乳化、增容和洗涤作用^[4],使创面

坏死组织在非手术无损伤或低损伤的方式下由表及里液化后主动排出,达到活血化腐、祛腐生新的目的。

临床研究表明,湿润烧伤膏无直接杀菌和显著抑菌作用,如方法使用不当,特别是大面积烧伤在治疗中若任其液化坏死物在创面上堆积而不及时清除,极易造成创面感染和加深,本组发生感染 68 例,其中 37 例由患者在家中随意涂抹,12 例由未经专科培训的医师不正规操作所致,另有 19 例为本组早期病例。发生感染者 3 例死亡。笔者强调,除了全身抗感染治疗外,及时清除创面液化坏死物,保持创面引流通畅和洁净,是预防创面感染的有效治疗手段。已经发生感染或有感染先兆症状者,应加强全身和局部的抗感染,避免单纯和机械的涂抹药膏,使感染加重。

大面积严重烧伤不能单纯采用湿润烧伤膏的局部

使用,“三抗一维护”的全身治疗尤为重要,防止各种致命性严重并发症的发生和稳定机体内环境是奠定湿润烧伤膏治疗烧伤并获得良好疗效的基础。

参 考 文 献

1. 吴阶平,裘法祖主编.黄家驷外科学.上册.第4版.北京:人民卫生出版社,1986:41—42.
2. 杨克非,郭正春,李平.应用湿润暴露疗法“药刀结合”技术处理大面积Ⅱ度烧伤创面有关问题的探讨.中国烧伤创疡杂志 1994; 19(2): 23—26.
3. 中华人民共和国卫生部编.《病种质量控制标准(试行草案)》. 1992: 81—83.
4. 杜怀恩.浅谈 MEBO 的生物药剂学因素与治疗的关系.中国烧伤创疡杂志 1995; 22(1): 8—9.

(收稿:1996—04—05 修回:1997—02—21)

中西医结合治疗染色体异常所致习惯性流产 1 例

扈香云

病历简介 某女,28岁,于1994年1月25日因屡孕屡坠4胎就诊。主诉腰酸膝软、口渴思饮、多尿、白带不多。月经史 14 $\frac{4-5}{28-30}$,末次月经 1994 年 1 月 12 日,月经量多,色暗红伴血块,腰腹胀痛。查体:形体肥胖、肢冷、情志抑郁,全身各系统及妇科检查未发现异常,脉缓无力,舌淡红,舌尖、舌边有瘀斑,苔薄白,血染色体核型为 46xx,分析 60 个,见一核型:12、x 有断裂及易位。西医诊断:染色体异常所致习惯性流产。中医辨证:肾虚、肝郁夹血瘀证。

治疗经过 治拟温补肾阳,活血化瘀为主,药用制附子 6g 肉桂 3g 菟丝子 10g 杜仲 10g 续断 10g 枸杞子 10g 熟地 15g 山萸肉 10g 淮山药 15g 丹参 15g 党参 15g 当归 10g 鹿角胶 15g 甘草 6g,每天 1 剂,水煎连服 6 剂。后改为滋补肾阴,继续用上方去附子,肉桂,菟丝子,加生地 15g,茯苓 15g,泽泻 10g,丹皮 10g,连服 9 剂,再以疏肝解郁调经,改药用当归 10g 白芍 20g 柴胡 10g 茯苓 15g 白术 10g 香附 10g 丹参 15g 牛膝 10g 路路通 15g 益母草 15g 甘草 6g,连服 7 剂。月经来潮,嘱从月经周期第 1 天起,每天进行基础体温测定,续用上方去柴胡、路路通、丹参、牛膝,加川芎 6g,熟地 15g,续断 10g,连服 4 剂。其后根据妇女月经周期不同阶段,按

其脏腑阴阳动态变化规律结合中医辨证施治,予以中药月经周期疗法:(1)经后期(卵泡发育期)宜滋补肾阴精(血)养冲任;(2)排卵前期(卵泡渐趋成熟)治拟滋补肾阴精,益肾助阳调气活血,使“天癸”旺盛;(3)排卵后期(黄体形成期)治拟着重补肾阳,兼疏肝理气,活血化瘀;(4)经前期(黄体退化期)及月经期治拟活血化瘀,养血益冲调经;此法治疗两个月,月经正常,但基础体温双相欠稳定,提示黄体功能不足,遂于月经周期第 15 天,基础体温下降即日用绒毛膜促性腺激素 500u,每天肌肉注射 1 次,连续 5 天,以补充黄体功能。5 月 30 日,患者停经 41 天,基础体温高相稳定并出现妊娠反应,“B”超检查为早孕。即治拟调补气血、益肾固胎,药用党参 15g 黄芪 20g 当归 10g 续断 10g 黄芩 10g 白术 10g 白芍 20g 杜仲 10g 熟地 15g 砂仁 6g 仙灵脾 10g 肉苁蓉 10g 仙茅 10g 炙甘草 10g,连服 35 剂。妊娠 6 个月时复查血染色体正常,于 1995 年 1 月 15 日妊娠足月在我院剖宫产一男婴健在。

讨 论 中医学称习惯性流产为滑胎,屡孕屡坠是由于胎元不固、肾气虚弱所致。现代医学有人认为染色体异常是先天性疾病和胎儿流产的重要原因之一。根据中医的肾主生殖、肾生髓和妇女月经周期不同阶段的脏腑阴阳动态变化规律的理论辨证施治,取得理想的效果。

(收稿:1996—03—29 修回:1997—02—20)